

令和2年度 診療報酬改定にかかる質問票

質問年月日 令和 年 月 日 [ 医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ]

照会者	保険医療機関コード または保険薬局コード			
	保険医療機関名称 または保険薬局名称			
	連絡先	電話番号	( )	—
		FAX	( )	—
		課または係名		
担当者氏名				

( 質問内容 ) [ 区分: ]

※ 診療報酬改定に関する照会については、この質問票を使用し、質問事項の区分(例:A001等)および質問内容を記載のうえ、ファクシミリまたは郵便により送付してください。

※ 質問票には質問事項1つを記載し、質問が複数ある場合は、それぞれについて質問票を記載してください。

ファクシミリの送信先・郵送先は次のとおりです

管轄	事務所名	ファクシミリ番号	所在地
青森県	東北厚生局 青森事務所	017-724-9202	〒030-0801 青森市新町2-4-25 青森合同庁舎6階